



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2011/2012

Isabel Ermelinda Pinto Catarino  
Co-pagamentos: Da teoria à prática

**Março, 2012**

FMUP

Isabel Ermelinda Pinto Catarino  
Co-pagamentos: Da teoria à prática

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Administração Hospitalar**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:**  
**Professora Doutora Guilhermina Rego**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:**  
**Arquivos de Medicina**

Março, 2012

FMUP

Eu, Isabel Ermelinda Pinto Catarino, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801206, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 21 / 3 / 2012

Assinatura: Isabel Ermelinda Pinto Catarino

**Nome:** Isabel Ermelinda Pinto Catarino

**Endereço eletrónico:** m04206@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** 918405502

**Número do Bilhete de Identidade:** 12931691

**Título da Dissertação/Monografia:** Co-pagamentos: Da teoria à prática

**Orientador:**

Professora Doutora Guilhermina Rego

**Ano de conclusão:** 2012

**Designação da área do projeto:** Administração Hospitalar

É autorizada a reprodução integral desta Monografia para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projetos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 21/3/2012

Assinatura: Isabel Ermelinda Pinto Catarino

## **CO-PAGAMENTOS: DA TEORIA À PRÁTICA**

## **CO-PAGAMENTOS: DA TEORIA À PRÁTICA**

**Isabel Ermelinda Pinto Catarino**

**Faculdade de Medicina da Universidade de Porto**

### **Correspondência**

Isabel Catarino

Faculdade de Medicina da Universidade Porto: Serviço de Bioética e Ética Médica

Morada: Alameda Prof. Hernâni Monteiro 4200 - 319 Porto Portugal, União Europeia

Telefone: 00351 220426840

E-mail: m04206@med.up.pt

### **Agradecimentos**

Agradeço à Professora Doutora Guilhermina Rego pela orientação, cedência de bibliografia, revisão crítica e total disponibilidade.

Agradeço ao Professor Doutor Rui Nunes o apoio prestado na delineação do tema.

### **Contagem de Palavras**

Abstract: 221

Resumo: 243

Texto Principal: 6392

## **ABSTRACT**

The economic crisis in Portugal, as well as the impending situation of unsustainability of National Health Service, requires the adoption of measures to improve efficiency by rationalizing the use of the available resources. On the other hand, the constant shortage of funds requires the creation of new complementary ways of financing, maintaining the general principles of the initial model.

As a result, has grown in recent years, the weight of the financial accountability of users in health care consumption, bringing attention to the issue of co-payments.

The expectations are that its application creates efficiency gains because by encouraging rational utilization of the services, could prevent the frivolous use of services. The co-payments may also be a source of revenue, reducing the needs for financing by the State. On the other hand, could increase equity, because a rationalization of consumption, could improve the quality and efficiency of the services, covering all those who truly need it.

However, co-payments have had very modest results, as regards the reasons for its creation and can even have a negative impact on public health.

There is a conflict of interests between the State, and his need for fundraising, and the wearer that with the implementation of these measures, has seen himself double contributing to the funding. This paper seeks to exploit this dynamic, facing both perspectives.

### **Keywords:**

Co-payment, User fees, Cost sharing, Co-financing, Health financing

## **RESUMO**

A crise económica em Portugal, bem como a eminente situação de insustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tornam necessária a adoção de medidas que permitam aumentar a eficiência, racionalizando a utilização dos recursos disponíveis. Por outro lado, a constante insuficiência de fundos, exige que sejam criadas novas formas, complementares, de financiamento, sem que seja postos em causa os princípios gerais do modelo inicial.

Como consequência, tem crescido, nos últimos anos, o peso da responsabilização financeira dos utentes no momento de consumo de cuidados de saúde, sendo debatida, neste contexto, a questão dos co-pagamentos.

Espera-se que a sua aplicação crie ganhos de eficiência, pois como medida de racionalização do consumo, poderia evitar a utilização frívola dos serviços, fazendo com que idealmente só os utentes com verdadeira necessidade recorressem aos mesmos. Os co-pagamentos podem ser também fonte de receita, reduzindo as necessidades de financiamento por parte do Estado. Por outro lado, poderiam aumentar a equidade, pois uma racionalização do consumo, poderia melhorar a qualidade e eficiência no serviço, cobrindo todos aqueles que verdadeiramente necessitam dele.

Contudo, os co-pagamentos, têm tido resultados muito modestos, no que diz respeito aos motivos da sua criação, tendo até, um impacto negativo sobre a saúde dos utentes.

Verifica-se um conflito de interesses, entre o Estado, e a sua necessidade de captação de fundos, e o utente, que com a aplicação destas medidas, vê-se a contribuir duplamente para o financiamento. Este trabalho procura explorar esta dinâmica, encarando ambas as perspetivas.

### **Palavras-chave:**

Co-pagamento, Taxa moderadora, Partilha de custos, Co-financiamento, Financiamento da saúde

## ÍNDICE

LISTA DE QUADROS E FIGURAS.....	5
LISTA DE ABREVIATURAS.....	6
INTRODUÇÃO.....	7
1.CO-PAGAMENTOS: O CONCEITO.....	9
2.PERSPETIVA DO ESTADO.....	12
2.1 Evolução histórica do SNS.....	12
2.2 Financiamento e a despesa.....	13
2.3 (In)Sustentabilidade do SNS.....	15
2.4 Taxas moderadoras.....	16
2.5 Ponto da situação.....	19
3. PERSPETIVA DO CIDADÃO.....	20
3.1 Financiamento e despesa.....	21
3.2 Impacto do aumento das taxas moderadoras na opinião pública.....	22
3.3 Impacto das taxas moderadoras na equidade no acesso.....	23
4.CONTEXTO INTERNACIONAL.....	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	27



## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

<b>Quadro I</b>	Medidas Reformistas	29
<b>Quadro II</b>	Comparação dos valores das taxas moderadoras após atualização	30
<b>Quadro III</b>	Despesa em saúde por agente de financiamento	31
<b>Quadro IV</b>	Pagamentos dos utilizadores em consultas e internamentos nos países da EU	32
<b>Figura 1</b>	Despesa total em saúde como percentagem do PIB	33
<b>Figura 2</b>	Despesa em saúde por modo de financiamento 2009	34
<b>Figura 3</b>	Pagamentos <i>out-of-pocket</i> como percentagem do orçamento familiar	35

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**BCE:** Banco Central Europeu

**CE:** Comissão Europeia

**CSFS:** Comissão de Sustentabilidade e Financiamento da Saúde

**DG ECHO:** Diretoria Geral para Ajuda Humanitária

**ERS:** Entidade Reguladora da saúde

**FMI:** Fundo Monetário Internacional

**INE:** Instituto Nacional de Estatística

**OCDE:** Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**PIB:** Produto Interno Bruto

**SNS:** Serviço Nacional de Saúde

**UE:** União Europeia

## INTRODUÇÃO

Nos países europeus a proteção da saúde constitui um direito social e os seus atuais sistemas de saúde assentam no princípio de que a utilização dos cuidados de saúde depende da necessidade e não da capacidade de pagar.<sup>1</sup>

A generalidade dos sistemas de saúde dos países da OCDE enfrenta uma constante insuficiência de fundos. Em Portugal, no período de 1980 a 2004, os gastos públicos com saúde face ao PIB duplicaram. Este ritmo de crescimento da despesa criou instabilidade nas transferências orçamentais para o SNS, fazendo prever uma situação de insustentabilidade financeira.<sup>2</sup>

Este tema assume particular relevo no contexto económico atual da economia portuguesa, caracterizado pelo elevado valor do défice orçamental e agravamento da dependência de financiamento externo, o que torna imperativa uma definição de políticas que permitam o equilíbrio das contas públicas a curto e a longo prazo.<sup>3</sup>

As principais estratégias dos países europeus para garantir a sustentabilidade dos seus sistemas de saúde têm sido dirigidas para a redução da despesa global, recorrendo a novos modelos de gestão, ao estabelecimento explícito de prioridades e, em alguns casos, ao aumento das transferências financeiras.<sup>1</sup> No Memorando de Entendimento entre Portugal e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI, um dos objetivos assumidos foi *“Melhorar a eficiência e eficácia no sistema de saúde, induzindo um uso mais racional dos serviços e controlo dos gastos”*.

É sabido que o orçamento de Estado é limitado, e que a economia portuguesa se encontra atualmente em contração. Contudo, o crescimento contínuo da despesa total com saúde (devido a fatores como o envelhecimento da população, a exigência de melhores cuidados, os novos hábitos e estilos de vida dos cidadãos) e as elevadas expectativas dos portugueses perante os cuidados de saúde, traduzem-se numa grande pressão sobre o SNS: na ausência de um controlo eficiente dos gastos, os ganhos e os resultados adquiridos serão comprometidos. Esta realidade de aumento da despesa e da necessidade de a controlar não é exclusiva de Portugal, estando presente em todo o contexto internacional.<sup>4</sup>

Neste contexto, o co-pagamento surge como um mecanismo de recuperação de custos, segundo o qual o paciente partilha parte do custo dos bens e serviços, quando destes fizer uso<sup>5</sup>, podendo ter apenas uma função de regulação do consumo, ou uma verdadeira função de co-financiamento.

Este trabalho tem como objetivos refletir sobre o conceito de co-pagamentos em saúde, avaliar a legitimidade da aplicação dos mesmos de um ponto de vista económico e ético, focando as perspetivas do Estado e do utente face aos mesmos. Analisar o estado de insustentabilidade do SNS, refletindo sobre os motivos que geraram este problema e quais as recomendações para a sua resolução, enquadrando nesta temática a introdução/incremento de co-pagamentos e comparando o nosso país com os seus parceiros internacionais.

## 1– CO-PAGAMENTO: O CONCEITO

A crise económica que Portugal e a generalidade dos países Europeus enfrentam, bem como a eminente situação de insustentabilidade do SNS, com um aumento da despesa em saúde, superior ao crescimento do PIB, tornam fundamental a implementação de medidas de racionalização do consumo e contenção da despesa nos serviços de saúde.

A existência de um mecanismo de seguro (SNS), pago fiscalmente por todos os indivíduos, com cobertura universal e tendencialmente gratuito, leva ao aparecimento de comportamentos oportunistas ou abusivos, que se vão traduzir num consumo excessivo, provocando desequilíbrio entre oferta e procura na saúde. Os tributos que o sector público suporta, não mantêm relação entre a contribuição e o serviço consumido.<sup>6</sup>

A ausência de custo de oportunidade, devida ao preço nulo no momento da prestação, provoca uma procura excessiva, não originada por uma verdadeira necessidade em saúde.<sup>6</sup> Assim, a adoção de co-pagamentos, surge como uma medida de recuperação de custos<sup>5</sup>, quer pela moderação do consumo (taxas moderadoras), quer pela partilha da despesa, isto é, co-financiamento, sendo que, em ambas as modalidades, consiste num pagamento direto, pela utilização de um determinado serviço. A linha que divide estas duas funções é ténue. É um tema que levanta acesos debates no nosso país, onde houve recentemente um aumento dos valores das taxas moderadoras do SNS, que será abordado adiante.

Os co-pagamentos foram implementados por toda a Europa nos anos 70. Segundo Vianna (1998), *“não é incomum, em contextos fiscais adversos, que uma das primeiras saídas cogitadas seja partilhar a conta dos serviços de saúde com os usuários”*.<sup>5</sup>

A teoria económica afirma que o co-pagamento deveria ser mais baixo para os serviços com menor razão elasticidade-preço, maior efetividade ou sem alternativas. Se o que se pretende é diminuir a procura excessiva deveria aplicar-se sobre as de maior elasticidade, mas se o objetivo é o financiamento, deveria fazer-se sobre as de menor.<sup>6</sup>

Millán (2010) aponta que as circunstancias mais adequadas para a sua utilidade, são as de criar uma razão elasticidade-preço na procura, afetando, sobretudo, os produtos de baixo custo efetividade, desde que seja garantido o acesso aos cidadãos mais desfavorecidos.

Esta comparticipação nos gastos poderia também contribuir para uma valorização, por parte do usuário, dos serviços dos quais usufrui.<sup>5,7</sup> Assim, o utente tornar-se-ia mais exigente com a qualidade de um bem pelo qual tem de pagar, aumentando o controlo social sobre os serviços públicos de saúde. Selby (1997) afirma que, idealmente, a atenção aos custos levaria os pacientes a reduzir o uso inapropriado dos serviços seletivamente, não abdicando daqueles verdadeiramente necessários. Todavia, a distinção do grau de necessidade não é fácil, mesmo para os profissionais de saúde, por isso, a menos que os co-pagamentos sejam dirigidos apenas para os cuidados inapropriados, há a preocupação de que os doentes adiem a procura de cuidados com consequências adversas para a sua saúde.<sup>7</sup>

Este autor, entre muitos outros, refere também que esta forma de pagamento é particularmente injusta para a população de menor rendimento ou com doenças crónicas. Sublinha que taxas fixas representam um fardo maior para a população com menos recursos e que taxas levadas por serviço, prejudicam mais a população doente, que precisa de recorrer ao mesmo com maior frequência.<sup>7</sup>

É importante salientar que a eficácia dos serviços não está aumentada com a participação financeira privada, mas que esta pressiona o paciente sem lhe ceder a devida informação não parecendo diminuir a duração nem o número de serviços quando já se conseguiu aceder ao sistema. Por fim, transfere-se o risco para os pacientes, porque se sanciona mais o doente que o saudável, e o carenciado face ao de maior rendimento, modificando regressivamente a sua redistribuição, sendo por isso inequitativos. Não há também evidência empírica de um benefício do ponto de vista de financiamento. Pelo contrário, muitos dos países da EU-27 e da OECD com comparticipações mais elevadas nos custos, têm percentagens mais elevadas de gasto público em saúde sobre o seu PIB (Figura 1).<sup>3</sup> Além disso, os mecanismos necessários para levar a cabo o financiamento, são complexos e dispendiosos, o que dissuade os políticos da sua introdução, até porque também provocam insatisfação profissional e popular.<sup>6</sup>

Os co-pagamentos sob a forma de taxa moderadora têm um papel modesto como fonte de receita, contribuindo atualmente com cerca de 2% do financiamento. A ERS (2011) afirma que uma verdadeira partilha de custos, em que o utilizador paga um “preço”, ainda que parcial, como contrapartida financeira pelo serviço que lhe foi prestado, é uma medida passível de ser aplicada.

Refere ainda que estes pagamentos deveriam ser feitos em função dos rendimentos. Neste relatório não foi abordado o possível impacto financeiro desta medida.<sup>3</sup>

O seu impacto na redução da procura é importante, uma vez que leva o utente a atribuir maior valor e a ponderar o custo/benefício da utilização de um determinado serviço. Também têm um papel importante na racionalização dos recursos do lado da oferta, pois a noção, por parte dos profissionais de saúde, do peso financeiro sobre os utentes, permite uma maior consciencialização na prescrição.

Contudo, este efeito moderador é condicionado, uma vez que, como foi referido anteriormente, a procura se mantém inelástica para os indivíduos de maior rendimento, sendo os utentes desfavorecidos mais penalizados.<sup>3</sup>

## **2–PERSPETIVA DO ESTADO**

Como já foi dito anteriormente, a questão da insustentabilidade do SNS torna fundamental a aplicação de políticas que permitam o equilíbrio das contas públicas. Para isto é importante que para além de medidas de melhoria de eficiência e de gestão, se induza um uso mais racional dos serviços, contribuindo assim para uma redução da despesa global. Nunes e Rego (2010), dizem também ser necessária priorização e, em alguns casos, o aumento das transferências financeiras<sup>1</sup>. O Estado assumiu, no Memorando de Entendimentos os objetivos de *“Melhorar a eficiência e eficácia no sistema de saúde, induzindo um uso mais racional dos serviços e controlo dos gastos; gerar poupanças adicionais na área de farmácia para reduzir os gastos públicos com medicamentos, para 1.25 por cento do PIB no final de 2012 e cerca de 1 por cento do PIB em 2013 (em conformidade com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais”*.<sup>3</sup>

Assim, no que toca à perspetiva do Estado é importante entender o que é o SNS, como se dá o seu financiamento, qual é a despesa e que desafios enfrenta quanto a sua sustentabilidade. Esta informação permite refletir sobre a pressão que o Estado enfrenta e de que modo os co-pagamentos poderiam ser benéficos, ou não.

### **2.1–Evolução histórica do SNS**

Nos séculos XVIII e XIX, até 1971, a prestação de cuidados de saúde era, sobretudo, de natureza privada. Os cuidados mínimos aos desfavorecidos eram prestados por entidades religiosas (misericórdias). Em 1903 entrou em vigor a regulamentação da organização dos “serviços de saúde e beneficência pública”. No ano de 1946, foi estabelecido um sistema de saúde baseado no modelo Beveridgiano, onde os trabalhadores e respetivos descendentes, recebiam cuidados de saúde através de fundos de segurança social para os quais contribuíam obrigatoriamente, empregados e empregadores. Apenas 1971, com a “reforma de Gonçalves Pereira” foi reconhecido o direito à saúde para todos os cidadãos, sendo o Estado responsável por assegurar este direito.<sup>8</sup>

A consagração na constituição da república, do direito do cidadão à proteção da saúde (artigo 68º) bem como o dever do mesmo em defender e promover a saúde, deu-se no ano de 1976.<sup>4</sup>



Em 1979 foi criado o SNS (Lei nº 56/79, de 15 de Setembro) “Universal, geral e gratuito”, tendo sido alterado, em 1989 (2ª Revisão da Constitucional que, no Artº. 64, nº2, alínea a)) para “tendencialmente gratuito” de forma a permitir a existência de co-pagamentos.<sup>4,8</sup>

Desde essa data, até à atualidade, o SNS funciona como um seguro público, com cobertura universal, equitativo, com custos reduzidos, financiado maioritariamente por impostos e em menor escala pelas taxas moderadoras. É constituído pelo SNS, seguros de saúde voluntários e privados e pelos subsistemas de saúde, geralmente associados à atividade laboral.<sup>4,8</sup> Todas estas modificações permitiram que o país alcançasse resultados comparáveis aos dos principais parceiros internacionais, relativamente a indicadores fundamentais como a Esperança Média de Vida à Nascimento (incremento de 18% e 16% em Homens e Mulheres respetivamente) e a Taxa de Mortalidade Infantil (redução de 94% entre 1970 e 2008).<sup>4</sup>

Os benefícios da criação do SNS para a saúde da população são evidentes. Torna-se, contudo, importante refletir sobre a sua sustentabilidade e universalidade, face às alterações demográficas e económicas que foram surgindo ao longo das 3 décadas desde a sua criação. É por isso indispensável, perceber como funciona o seu financiamento e se este é efetivamente suficiente, face a uma despesa global crescente.

## **2.2– O financiamento e a despesa**

O financiamento do SNS, tal como na maioria dos países da UE, é feito através de tributação geral e contribuições compulsórias para os subsistemas públicos de saúde. Embora os impostos diretos sobre os rendimentos tenham um carácter progressivo, esta fonte de receita correspondia, em 1997 apenas a 28,5%. As transferências da segurança social corresponderam a uma parcela de 25,7%. Mossalos (2000) afirma, que nos últimos 30 anos, a dependência em impostos indiretos, sobre bens e serviços, é elevada (42,6% em 1997), fazendo com que globalmente o financiamento do sistema tenha um carácter regressivo.<sup>9</sup> As formas de pagamento privadas têm um peso significativo, consistindo em pagamentos diretos e co-pagamentos efetuados pelos pacientes e os prémios de seguros voluntários de saúde.<sup>4</sup>

Os pagamentos diretos, sofreram um incremento importante nos últimos anos, sob a forma de co-pagamentos ou taxas moderadoras dos utentes, que consistem numa quantia fixa para um determinado serviço paga no momento da sua utilização. Encontram-se igualmente no mercado do medicamento, com o objetivo de influenciar a procura, diminuindo o risco moral inerente a um serviço gratuito.<sup>8</sup>

É importante salientar que no nosso país, o sector privado tem um carácter tendencialmente suplementar, focando os seus serviços em procedimentos não essenciais e em produtos farmacêuticos. O Estado, por receber uma parcela maior do financiamento, é também mais afetado pelas variações da despesa.<sup>8</sup>

No que diz respeito à prestação de cuidados, o SNS não alcança a totalidade dos beneficiários, sendo necessário recorrer a serviços privados, principalmente nos cuidados de ambulatório. Em contrapartida, cobre beneficiários de outros subsistemas, em disciplinas médicas mais complexas. Pela sua universalidade de cobertura, o SNS encontra-se na situação paradoxal, de servir de “guarda-chuva” aos subsistemas ou ao sector privado, que acabam por escolher seletivamente o seu mercado nos segmentos mais rentáveis, deixando ao SNS as situações mais difíceis e dispendiosas.<sup>10</sup>

No que diz respeito à despesa, em 2008, os gastos totais em saúde, em Portugal, corresponderam a 10,1% do PIB. Os dados fornecidos pela OECD, apontam que nesse ano, 34,9% do financiamento da despesa em saúde foi de índole privada (sob a forma de co-pagamentos, seguros de saúde privados, entre outros).<sup>11</sup> Os restantes 65,1% do total foram suportados pelo Estado<sup>11</sup> correspondendo à componente pública (SNS, subsistemas públicos e fundos de segurança social).<sup>10</sup> (Figura 2 e Quadro II)

Dados do INE, indicam que no período entre o ano 2000 e 2008, a taxa de crescimento anual da despesa corrente pública foi de 4,6%, tendo-se apresentado a taxa anual de crescimento para a despesa corrente privada nos 6,5%. Deste modo, a despesa pública em saúde, como percentagem da despesa corrente total em saúde, decresceu 3,2%.<sup>12</sup>

Embora registe um dos pesos mais elevados de saúde no PIB, o país tem um valor mais moderado no que toca a despesa em saúde *per capita*, sendo de 1.891 € em paridades *per capita* (PPC).<sup>13</sup>

Um estudo realizado pela Comissão Europeia, considera o estado de saúde da população, o desenvolvimento e crescimento económico, o progresso da medicina e das novas tecnologias, a

organização e financiamento do sistema público de saúde e os recursos humanos e capitais que neste estão incluídos, como grandes fatores que podem influenciar a despesa.<sup>14</sup>

Outros autores, segundo Eira (2010), dividem os motivos para o crescimento da despesa em três áreas: procura (de índole demográfica e de desenvolvimento socioeconómico e cultural), oferta (utilização e gestão dos recursos) e fatores económicos (aumento da produtividade e do PIB).<sup>4</sup>

Assim, com base nos dados do “2009 Ageing Report”, prevê-se um aumento de 1,9% do PIB na despesa de saúde até 2060, o que implica, um crescente esforço financeiro do Estado, sendo cada vez maior a parcela das receitas necessárias para cobrir as despesas com saúde.<sup>14</sup>

### **2.3–(In)Sustentabilidade do SNS**

Dados do INE mostram que o ritmo de crescimento da despesa tem ultrapassado frequentemente o ritmo de crescimento do PIB.<sup>15</sup> O desequilíbrio entre a capacidade de financiamento e a despesa em saúde verificado ao longo dos últimos anos, levou diversos autores a prever e a alertar para um quadro de insustentabilidade financeira.

As condicionantes que levam ao aumento da despesa foram abordadas no tópico anterior. Esta realidade conduziu em 2007, a Comissão para a Sustentabilidade e Financiamento, a salientar no seu “Relatório Final” um conjunto de recomendações, que visavam fundamentalmente a manutenção do acesso universal, ganhos de eficiência, revisão dos modelos de gestão e do regime de isenção e das taxas moderadoras, bem como atualização do respetivo valor, redução dos benefícios fiscais via IRS e do financiamento aos subsistemas de saúde procurando implementar a sua autonomia. Este mesmo relatório faz uma recomendação excecional: *“ Se se vier a constatar a incapacidade do Orçamento de Estado em realizar as transferências para o SNS e como solução de último recurso, poderá ser equacionada a imposição de contribuições compulsórias, temporárias, determinadas pelo nível de rendimento, utilizando o sistema fiscal e direcionando as verbas obrigatoriamente para o SNS. ”*.<sup>2</sup>

Segundo Nunes e Rego (2010), o aumento das taxas moderadoras ou a criação de um novo imposto sobre a saúde, constitui um agravamento injusto da carga fiscal e um desvio de recursos do sector privado, não melhorando necessariamente o desempenho ou a qualidade.<sup>1</sup> Contudo, é importante salientar, que a incapacidade de realizar transferências para o SNS do Orçamento de Estado, poderá

implicar atrasos nos pagamentos com consequente perda de credibilidade, levando desta forma a um descontrolo da gestão financeira, com aumento do desperdício. Poderá também contribuir para a limitação da cobertura e do acesso dos utentes.<sup>2</sup>

O relatório da Entidade Reguladora da Saúde de 2011 refere que é urgente executar as recomendações propostas em 2007, porque entretanto não foram executadas, dando particular ênfase ao tema das taxas moderadoras. Afirmar também que a revisão da isenção e o aumento das mesmas, conjuntamente com a redução da taxa de crédito fiscal para 10%, das transferências para os subsistemas e da adoção de outras medidas adicionais de financiamento (taxa de utilização de telemóveis e aumento dos impostos sobre álcool e tabaco), levará a uma redução importante das necessidades de financiamento do SNS (de 8,7 mil milhões de euros, para 7,4 mil milhões de euros em 2013).<sup>3</sup>

Em Portugal, a forma mais comum de co-pagamento, ao abrigo do SNS, são as taxas moderadoras, pelo que se torna indispensável perceber no que consistem, e quais os seus objetivos. Embora seja fundamental para o Estado uma redução das necessidades de financiamento, pode-se verificar, no ponto 3 deste trabalho, que as alterações recentemente aplicadas levantam diversas questões quanto a legitimidade, garantia de equidade no acesso aos cuidados de saúde e até quanto ao seu próprio estatuto.

## **2.4—As taxas moderadoras**

Conforme a Lei de Bases da Saúde, as taxas moderadoras foram introduzidas no SNS com o objetivo de racionalizar o consumo, não tendo como propósito o financiamento (contribuição inferior a 1% antes da atualização em 2012). O seu efeito dissuasor sobre o consumo excessivo de cuidados de saúde também não tem sido muito eficaz, possivelmente devido ao seu baixo valor.<sup>15</sup>

Um dos objetivos propostos pela ERS é *“Rever a política de taxas moderadoras, nos termos do Memorando de Entendimento, por forma a garantir que apenas se isenta quem realmente necessita dessa isenção e atualizar o seu valor promovendo uma maior responsabilização dos cidadãos pela utilização equilibrada dos recursos do sistema”*.<sup>3</sup>

Um outro estudo, ISEG/Health Cluster Portugal 2010, propõe, entre outras medidas reformistas (Quadro I), o estabelecimento de taxas moderadoras nos serviços de urgência em função da gravidade

da situação clínica, em detrimento da atual prática de valor fixo. Sugere também a aplicação de taxas de co-financiamento privado nos cuidados de saúde em função de patamares de rendimento, articulando de forma mais sustentável a lógica de bem de mérito da saúde com um equilíbrio mais efetivo, a este nível, entre equidade e eficiência, aproximando um pouco mais os “preços” destes serviços do seu real custo.<sup>16</sup>

Neste estudo, é considerada uma “não opção” o aumento da despesa privada em saúde através do pagamento direto da prestação de cuidados, da utilização de meios de diagnóstico e do pagamento de medicamentos pelos utentes. Isto é, assegurar por esta via, os recursos necessários ao financiamento. Justificam esta afirmação, encarando a perspetiva do utente, a abordar posteriormente, que tem visto a despesa privada com saúde, incluindo pagamentos “*out-of-pocket*” crescer nos últimos anos e a sua capacidade de financiamento individual/familiar crescentemente debilitada. Salienta também o efeito perverso na equidade e na prestação aos utentes mais carenciados e o facto de a mera sustentabilidade por si, não assegurar qualidade, desenvolvimento e inovação.<sup>16</sup>

Segundo o relatório da ERS (2011), um aumento de 25% das taxas moderadoras reduz as necessidades de financiamento em 1,9%. Refere também que este incremento deve acompanhar o nível de aumento de outros bens, calculando que aumentos destas taxas de acordo com a inflação (3,5%), traduziriam no período de 2012/2013 uma redução de 42 milhões de Euros da despesa total.<sup>3</sup>

No que toca à redução das isenções em 1/3, afirma que com a proporção de utilizadores que pagam as taxas moderadoras a passar de 49,9% para 66,5%, e com a taxa de crédito fiscal reduzida para 10%, as necessidades de financiamento do SNS se reduziriam cerca de 3% (260,6 milhões de euros em 2012). Neste caso, o impacto de aumentos no valor das taxas moderadoras de 3,5% em 2011 e 2,1% em 2012, reduziriam as necessidades do SNS em cerca de 35,6 e 20,1 milhões respetivamente.<sup>3</sup>

Houve, no início de 2012, uma atualização das taxas moderadoras, para valores em média duas vezes superiores ao valor prévio, não podendo, segundo o documento publicado no diário da república, ser esta variação superior a 100% do valor prévio nem ultrapassar os 50 euros por serviço.<sup>17</sup>

Paulo Macedo, Ministro da Saúde (11/2011), anunciou um aumento de 100% das taxas moderadoras, esperando, o Estado, um aumento das receitas de 100 milhões de euros, passando o peso das taxas moderadoras no financiamento de 1 para 2%.<sup>18</sup> Esta medida, foi até certo ponto inesperada, uma vez

que se esperava uma atualização menos austera, relativamente proporcional à inflação. Além disso, o facto do anúncio se focar na expectativa de um aumento das receitas, e não na racionalização da procura, poderá levantar a questão de que se estão a “abrir as portas” para a introdução de um regime de co-financiamento, estando os utentes nestes caso, a contribuir duplamente (via impostos e via pagamentos diretos) para o financiamento do SNS.

- **Taxas moderadoras progressivas**

Outra questão abordada pela ERS (2011), é a possibilidade da aplicação das taxas moderadoras progressivas. Com isto, procura-se contrariar a regressividade inerente a uma taxa fixa, que tem um impacto negativo sobre os utentes de menor rendimento, que são mais sensíveis a variações do preço concomitantemente ao facto de terem, normalmente, piores níveis de saúde.

A Constituição da República Portuguesa, nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 64º estabelece que o SNS deve ser tendencialmente gratuito “*tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos*”.<sup>3</sup>

Uma taxa fixa, sem atender aos rendimentos individuais, poderá não ter a função disciplinadora desejada. A aplicação de uma taxa progressiva seria então mais equitativa, no que toca a exercer o mesmo grau de pressão na decisão sobre o consumo de um determinado serviço, em especial aqueles de menor gravidade, tendo um impacto semelhante nos utentes de alto e baixo rendimento.<sup>3</sup>

Assim, a progressividade das taxas, poderia fazer sentido, com vista a uma maior cobertura das necessidades de financiamento do SNS, contribuindo para a sua sustentabilidade. Contudo, a sua introdução parece ser complexa, exigindo elevados custos administrativos, pelo que o relatório ERS (2011) aconselha a que se encontrem outras soluções.

Apesar disso, estima que o ganho financeiro, se fossem introduzidas taxas 3x superiores ao normal (3x 9,60 = 24,79 euros), isto é, 16,9% do preço real do episódio, aos 10% da população portuguesa com rendimentos mais elevados e se estes recorressem uma vez por ano a uma urgência polivalente do SNS, seria de 16,0 milhões de euros, sem se ter considerado o efeito efetivamente moderador sobre as despesas, que se esperaria ser de 14,4 milhões de euros.

De qualquer das formas é importante salientar, que a aplicação das taxas e o ajuste do respetivo montante, não deve por em casa o acesso aos serviços: “A expressão *gratuitidade tendencial*, contida

*na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da Constituição, segundo J. J. Gomes Canotilho e Vital Moreira «significa rigorosamente que as prestações de saúde não estão em geral sujeitas a qualquer retribuição ou pagamento por parte de quem a elas recorra, pelo que as eventuais taxas (v. g., as chamadas «taxas moderadoras») são constitucionalmente ilícitas se, pelo seu montante ou por abrangerem as pessoas sem recursos, dificultarem o acesso a esses serviços» ”<sup>3</sup>*

## **2.5– Ponto da situação**

No que toca à perspetiva do Estado, salienta-se que segundo a Lei das bases todos os cidadãos têm direito a proteção da saúde, tendo sido criado um SNS, “Universal, geral e tendencialmente gratuito” para servir esse propósito. Contudo, 30 anos após a sua criação, o SNS enfrenta um quadro de insustentabilidade, causado por uma despesa crescente concomitantemente a uma economia em retração, que impede que o Estado consiga acompanhar as necessidades de financiamento do mesmo. Com o intuito de procurar soluções para este cenário, já em 2007 foi proposto pela Comissão de Sustentabilidade e Financiamento da Saúde, um ajuste das taxas moderadoras, que se tornou imperativo em 2011, constando no Memorando de Entendimento entre Portugal e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI. Assim, no início do presente ano, estas sofreram um incremento de 100%, o que leva a crer, que para além da tradicional função reguladora, as taxas moderadoras comecem a ter também um papel no financiamento.

Do ponto de vista do Estado, entende-se a emergência da aplicação de medidas reformistas, que visem repor o equilíbrio, quer pela redução da despesa, quer através de um aumento das transferências. Todavia, torna-se indispensável considerar a perspetiva do cidadão, face a um aumento da despesa privada em saúde, que tem um peso cada vez maior no orçamento das famílias. Importa também refletir, sobre o possível impacto destas medidas na equidade e no estado de saúde da população.

### 3–PERSPETIVA DO CIDADÃO

Os sistemas de saúde atuais, que assentam nos valores da solidariedade, da equidade e da participação revelam-se, cada vez mais, como importantes instrumentos de promoção do bem-estar e de coesão social. Confrontam-se contudo com alguns problemas, nomeadamente ao nível da tensão entre as necessidades e expectativas pessoais crescentes e a escassez de recursos, da limitação a diferentes níveis, quanto à escolha de prestadores e prestação, das expectativas do utente quanto às decisões na saúde e do papel dos media, na resposta adequada a necessidades e expectativas do público em matéria de informação e também, na modulação das perceções, quanto às mesmas, em matéria de serviços e cuidados de saúde.<sup>19</sup>

A superação destes problemas parece indissociável do desenvolvimento de atitudes e de práticas de cidadania, da parte dos profissionais e dos utentes, que devem tentar compreender o que está em causa, procurando, no seu dia-a-dia, atuar com responsabilidade, “responsividade” e respeito.<sup>19</sup>

Segundo Gonçalves (2010), o estudo “*O Estado da Saúde em Portugal – Acesso, Avaliação e Atitudes da População Portuguesa em relação ao Sistema de Saúde*” de Cabral e Silva, os 55% dos inquiridos acreditam ser necessário transferir mais dinheiro público para a Saúde, sendo que as mulheres com mais de 65 anos e os grupos menos escolarizados, são os que mais defendem o investimento em saúde, correspondendo ao perfil dos que têm pior estado de saúde. Neste estudo conclui-se também que o financiamento direto da saúde sob a forma de seguros, de contribuições sociais e taxas moderadoras não é bem aceite pela população portuguesa, embora haja concordância (69%) de que o serviço público deve ser gratuito, apenas para pessoas com recursos económicos baixos, com o viés de que a maioria dos portugueses se considera parte desse grupo. A principal preocupação dos cidadãos entrevistados relativamente à saúde é a existência de desigualdades no acesso.

Os pagamentos diretos em Portugal são altamente regressivos, em primeiro lugar, porque são as famílias mais pobres que suportam uma maior carga de doença, procurando de forma mais intensiva os cuidados. Esta realidade pode, também, ser resultado de mecanismos relativamente fracos de proteção das despesas dos grupos mais desfavorecidos.<sup>20</sup>



### 3.1–Financiamento e Despesa

Compete ao cidadão, para além do pagamento de impostos e a seguros e subsistemas, a comparticipação nas despesas de saúde, através do pagamento de taxas moderadoras (no SNS), co-pagamentos (ao abrigo de subsistemas de saúde ou seguros), ou a totalidade da despesa, caso o serviço não esteja coberto por nenhuma destas modalidades.<sup>15</sup> Assim, o financiamento privado da despesa em saúde tem vindo a aumentar (Quadro II) sendo de 34,9% em 2008<sup>21</sup>, comparativamente a 28,3% em 2006<sup>8</sup>, estando acima da média da OECD e correspondendo a um dos valores mais elevados da UE (Figura 2).

Segundo o trabalho “Conta Satélite da Saúde” do INE, é possível verificar, entre 2000 e 2008, um aumento da despesa corrente total em saúde dos subsistemas, prevendo-se que a despesa com os prestadores privados seja três vezes superior em 2008 relativamente ao ano 2000. Observou-se também que a despesa corrente das famílias aumentou significativamente, em grande parte devido a um incremento dos gastos com prestadores privados, possivelmente ao abrigo de subsistemas ou seguros privados de saúde, onde são aplicados co-pagamentos.<sup>22</sup>

Dados do INE mostram que a taxa de variação do índice de preços no consumidor em saúde foi de 11,8 entre 2003 e 2009. Verifica-se também, uma taxa de variação importante no que toca aos preços do tabaco e bebidas alcoólicas, refletindo estas, um aumento dos impostos neste sector.<sup>12</sup>

Mossalos (2000) refere que Portugal é um dos países da OECD com maior percentagem de pagamentos *out-of-pocket*, salientando que a maioria destes são pagamentos diretos pela utilização de serviços de saúde.<sup>9</sup> (Figura 3) O pagamento de taxas moderadoras ao abrigo do SNS contribui de forma modesta para esta percentagem.

É possível concluir que os portugueses têm uma despesa cada vez maior com a saúde face a uma detioração das condições económicas de uma parcela importante da população, pelo que um aumento significativo dos gastos com a saúde, levanta sérias questões éticas, no que diz respeito à equidade no acesso, bem como desaprovação por parte da opinião pública.

### **3.2–Impacto do aumento das taxas moderadoras na Opinião Pública**

Segundo o Quadro III, publicado pela DECO (2011), as taxas moderadoras sofreram um incremento em alguns casos superior a 100%. Refere, ainda, que estes aumentos, pela sua dimensão são um claro obstáculo no recurso às unidades públicas de saúde, ultrapassando o objetivo primordial de moderar o consumo. Acrescenta também, que esta medida poderá afastar os utentes do SNS, podendo acarretar maiores custos futuros, fundamentando que já em 2007, Portugal era, de acordo com o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, um dos países onde os consumidores pagavam mais “do seu bolso” pelo acesso à saúde.<sup>23</sup>

Ana Escoval, do Observatório de Sistemas de Saúde, numa entrevista à TSF (2011), mostrou-se preocupada com o aumento das taxas, sublinhando a transformação destas num co-pagamento, uma vez que o seu objetivo ultrapassa a moderação do acesso, passando a ter uma função de financiamento.<sup>24</sup>

O deputado do bloco de esquerda, João Semedo, alerta também para o possível derrapar do pagamento de taxas moderadoras para efetiva partilha de custos em saúde. Refere também, que esta alteração das taxas, no clima económico atual, dificulta ou impede o acesso à saúde de milhares de portugueses.<sup>25</sup>

Numa entrevista à agência Lusa, José Manuel da Silva, Bastonário da Ordem dos Médicos, embora reconheça a necessidade de um ajuste ligeiro ao valor das taxas, considera que *“uma duplicação das taxas é um aumento brutal, não só pelo aumento das taxas, mas porque os cidadãos estão a ser esmagados por todas as vias, com redução dos salários e aumento dos impostos”*. Sublinha, que apesar disso, o Governo tomou medidas para amenizar o impacto deste incremento, estabelecendo um teto máximo de 50 euros por atos nas urgências e elevando o limiar inferior abaixo do qual as pessoas estão isentas. Remata dizendo o problema das taxas moderadoras, está associado à discussão do financiamento do SNS que por sua vez se relaciona com a governação do país.<sup>26</sup>

É então visível, que o cidadão como consumidor, profissionais de saúde e alguns partidos da oposição, não vêm a partilha de custos em saúde como solução para a insustentabilidade do SNS, salientando os possíveis efeitos perversos para a saúde dos utentes. As alegações de que as taxas moderadoras perderam o seu objetivo primordial de moderação, passando a visar o financiamento, permitem entrever, pouca transparência por parte do Estado e uma falta de confiança dos cidadãos no mesmo. O

bastonário da Ordem dos Médicos, refere que a discussão da questão financiamento do SNS é essencial por parte dos governantes, tornando-se importante relembrar, que no modelo atual, este é sobretudo financiado através dos impostos.<sup>26</sup>

### **3.3—Impacto das taxas moderadoras na equidade no acesso**

O conceito de acesso a cuidados de saúde é um pilar fundamental das políticas de saúde, sendo este dependente da oferta mas também de eventuais barreiras à sua utilização, que podem ser económicas, sociais, organizacionais ou culturais. A questão do acesso é também indissociável da questão de equidade no sistema de saúde, sendo esta última, um dos mais importantes objetivos dos sistemas de saúde modernos.<sup>27</sup>

Assim, segundo Barros e Simões (2007), as políticas de saúde devem promover igualdade no acesso à saúde para todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e localização geográfica, devendo garantir equidade na distribuição dos recursos e utilização dos serviços. Isto é, um sistema de saúde equitativo exige um esquema financeiro em que as contribuições variem com a capacidade de pagar e que o acesso varie com a necessidade independentemente da capacidade de pagar.<sup>20</sup>

Diversos autores, sublinham o facto de as taxas moderadoras, devido ao seu valor fixo, contribuírem para uma situação de regressividade do financiamento, tendo um peso mais significativo nos indivíduos mais carenciados, uma vez que representam uma parcela maior do seu orçamento. Castano et al (2002), referem que um estudo mostrou que nos Estados Unidos, famílias com rendimentos baixos gastavam uma média de 8,5% do seu orçamento em saúde, enquanto que as de alto rendimento gastavam apenas 1%. Uma solução, abordada na Perspetiva do Estado, seria a aplicação de taxas progressivas.<sup>28</sup>

Em 2009, a população em risco de pobreza era de cerca de 17,9%.<sup>29</sup> Vários trabalhos referem que a população carenciada tem um pior estado de saúde, pelo que um aumento das taxas moderadoras pode contribuir para um adiamento da decisão de recorrer aos serviços, podendo ter um efeito perverso na saúde destes utentes. Torna-se imperativo referir, que face ao contexto económico atual, a população desfavorecida terá tendência a aumentar, pelo que uma não atenção a este efeito, poderá ser suficiente para que haja uma deterioração dos indicadores de saúde da população.

Assim, no que toca à equidade, as taxas moderadoras têm o impacto positivo de racionalizar a utilização dos recursos, permitindo teoricamente uma melhor distribuição dos mesmos, ou seja, a sua disponibilidade para quem verdadeiramente necessita deles, contribuindo assim para uma maior justiça. Reduzem então o risco moral, de consumo excessivo e irracional, de um serviço gratuito.<sup>2</sup> O seu impacto negativo, deve-se à sua regressividade, afetando particularmente a população que tendencialmente têm maior necessidade e simultaneamente maior dificuldade em pagar. Deve-se também ao facto de que o utente não tem normalmente, capacidade de avaliar a sua doença, podendo o seu efeito moderador, fazer com que sejam adiadas situações potencialmente graves. Este efeito pode ser particularmente grave no acesso aos serviços de urgência.<sup>6,7</sup>

#### **4–Contexto internacional**

Ao longo deste trabalho, o desempenho de Portugal foi sendo comparado com o dos restantes parceiros da OECD, no que diz respeito à despesa e ao financiamento público e privado.

No contexto internacional, como se pode observar no Quadro IV, países como a Dinamarca, Espanha, Itália, Grécia e Reino Unido não aplicam pagamentos aos utentes nas consultas ou no internamento.

Os restantes países optam por taxas em ambos os sectores (com exceção de Portugal até 2007).

Sistemas de reembolso como o francês e o belga optam por taxas percentuais nas consultas. Por outro lado, os restantes países, aplicam taxas com um valor fixo. No caso dos pagamentos para internamentos adotam-se geralmente taxas fixas diárias com limite temporal, tal como está previsto para Portugal a partir de 2007.<sup>2</sup>

Os valores das diárias variam entre 8,51€ na Suécia (sem limite temporal) e 60,00€ na Irlanda.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mossalos refere que a maioria dos autores com estudos sobre sistemas de co-pagamento, estão sépticos quanto a sua capacidade de cumprir os seus objetivos.

Os objetivos básicos dos co-pagamentos são o de moderar o consumo abusivo, reduzindo o risco moral inerente a um serviço gratuito, e o de fonte de receita. É importante salientar que para ter um impacto significativo como fonte de receita, o efeito dissuasor pode ser negativo relativamente a equidade e ao acesso. Da mesma maneira, para garantir o acesso universal, os co-pagamentos acabam por ter um peso pouco importante no financiamento. Diversos autores sugeriram também que o seu efeito dissuasor se aplica, tanto em situações frívolas como nas necessárias, uma vez que o utente não tem conhecimento para as distinguir. Assim, o estudo da DG ECHO, afirma que existe escassa evidência de eficácia dos co-pagamentos como fonte de receita e como geradores de ganhos de eficiência e de justiça, indo mais longe, afirmando que estes não deveriam ser aplicados, tendo consequências particularmente negativas em situações de crise.<sup>30</sup>

Millan (2010), entre outros autores, sublinha que não existe uma solução clara para o problema da escassez, nomeadamente no caso do SNS espanhol, sendo necessário responsabilizar políticos, gestores, profissionais e cidadãos, para que estejam informados sobre a diferença entre procura e verdadeira necessidade. Este autor refere que nos casos de desequilíbrios entre ambas, os co-pagamentos não são a melhor alternativa, adjetivando-os como inequitativos e inefetivos. Alerta também que a sua aplicação leva a descontentamento social e que o escasso retorno financeiro contrasta com os elevados custos do seu estabelecimento. Assim, esta ferramenta não parece rentável do ponto de vista clínico, económico e muito menos do ponto de vista social.<sup>6</sup>

Não se pode, contudo ignorar, o clima de instabilidade do nosso SNS. Desta forma, mantêm-se como estratégias de “1º linha” a adoção de novos modelos de gestão, que permitam ganhos de eficiência, e redução do desperdício e também a priorização, a possível aplicação de mecanismos de *opting out* e uma maior autonomia dos subsistemas públicos de saúde. Os co-pagamentos surgem também como uma medida, de 2ª linha, permitindo articular de forma sustentável, a lógica de bem de mérito da saúde com um equilíbrio mais efetivo, a este nível, entre equidade e eficiência, aproximando um pouco mais os “preços” destes serviços do seu custo real, para além do seu efeito moderador do consumo. A

aplicação de um teto, a partir do qual o seu valor não aumenta, e de um criterioso regime de isenções, pode atenuar os seus possíveis efeitos adversos. Outra possível vantagem, se aplicados em função de patamares de rendimento, é a de inverter a regressividade característica do financiamento da saúde em Portugal.

## REFERÊNCIAS

1. Nunes R, Rêgo G. Gestão da Saúde. Prata & Rodrigues, Lisboa, 2010
2. CSFS. Comissão para a Sustentabilidade e financiamento da saúde, Relatório Final, 2007. Available: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>
3. ERS. Análise da Sustentabilidade Financeira do SNS. 2011. Available: [http://www.ers.pt/pages/18?news\\_id=12](http://www.ers.pt/pages/18?news_id=12)
4. Eira, A.A. FEP, 2010. A saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados. Available: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26931/2/A%20saude%20em%20Portugal%20%20A%20procura%20privada%20de%20cuidados%20de%20saude%20%20Ana%20Eira.pdf>
5. Vianna, S. et al. Gratuidade no SUS: Controvérsia em torno do Co-pagamento, Instituto de pesquisa económica aplicada (IPEA), 1998
6. Millán, E. et al. Economics and equity in urgency and emergency care, Anales del Sist. Sanitario de Navarra. 2010, Vol. 33, Suplemento 1.
7. Selby, J. “Cost sharing in the emergency department — is it safe? Is it needed?” New England Journal of Medicine, Junho de 1997
8. Paulo, A. SNS: Caracterização e Desafios, GPEARI – MFAP, 2010. Available: <http://www.gpearl.min-financas.pt/analise-economica/publicacoes/ficheiros-do-bmep/dezembro-de-2010/artigos/artigo-9-sns-caracterizacao-e-desafios>
9. Mossalos, E. et al. Has the Portuguese NHS achieved its objectives of equity and efficiency, International social security review, 2000.
10. Campos, A. Estado-Providência. Perspetivas e financiamento. O caso da saúde. Sociologia - Problemas e Práticas, Nº9, 1991.
11. OECD Health Data 2011. Available: <http://www.oecd.org/dataoecd/43/2/40905146.pdf>
12. INE, I.P. Indicadores de Sociais 2009, Instituto Nacional de Estatística, I.P, Lisboa, 2010. Available: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=105186688&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=105186688&PUBLICACOESmodo=2)
13. ACSS. Sistema Nacional de saúde: Relatório e Contas 2010, Available: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatório%20e%20Contas%20do%20SNS%202010.pdf>
14. AGEING REPORT 2009: Underlying Assumptions and Projections Methodology. 2008. Available: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/publication13782\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication13782_en.pdf)
15. Deloitte, Saúde em análise: Uma visão para o Futuro. Public Sector, Life Sciences & Healthcare, 2011 Available: [http://www.deloitte.com/view/pt\\_PT/pt/ideias-e-perspectivas/publicacoes-nacionais/86891de9721fd210VgnVCM2000001b56f00aRCRD.htm](http://www.deloitte.com/view/pt_PT/pt/ideias-e-perspectivas/publicacoes-nacionais/86891de9721fd210VgnVCM2000001b56f00aRCRD.htm)
16. ISEG/Health Cluster Portugal "Sustentabilidade e Competitividade na Saúde em Portugal", Sumário executivo, 2010. Available:

<http://healthportugal.com/Quem%20somos/documentos/sustentabilidade-e-competitividade-na-saude-em.pdf>

17. Portaria n.º 306-A/2011, 20 de Dezembro, Ministérios da Finanças e da saúde, Diário da República, 1.ª série — N.º 242

18. CRUZ H, Taxas moderadoras sobem 50% e Estado vai arrecadar mais 100 milhões. in JN, 29-11-2011. Available: [http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Saude/Interior.aspx?content\\_id=2156231](http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Saude/Interior.aspx?content_id=2156231) e Dinheiro Vivo: <http://www.dinheirovivo.pt/Estado/Artigo/CIECO024401.html>

19. GONÇALVES, C. Et al. 2010. Saúde em Rede. Cidadão e Saúde: Da resposta a necessidades à gestão de expectativas, incluindo o papel dos media

20. BARROS, P., Simões J., 2007. Portugal: Health System Review. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies.

21. OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. Available: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

22. INE, I.P., Conta Satélite da Saúde 2000-2008, Lisboa, Portugal, 2010

23. DECO 2011, “Taxas moderadoras: DECO reage aos aumentos na saúde” Available: <http://www.deco.proteste.pt/saude/taxas-moderadoras-deco-reage-aos-aumentos-na-saude-s672671.htm>

24. Ana Escoval, “Observatório de Sistemas de Saúde preocupado com aumento das taxas moderadoras”, TSF, Dezembro de 2011. Available: [http://www.tsf.pt/PaginaInicial/Portugal/Interior.aspx?content\\_id=2170490](http://www.tsf.pt/PaginaInicial/Portugal/Interior.aspx?content_id=2170490)

25. Bloco de esquerda ,2011.“Publicada portaria que define taxas moderadoras para 2012” Available: <http://www.esquerda.net/artigo/publicada-portaria-que-define-taxas-moderadoras-para-2012>

26. Agência lusa, 2011. “*Ordem dos Médicos considera aumento das taxas moderadoras "brutal"*”. Sic Noticias. Available: <http://sicnoticias.sapo.pt/pais/2011/12/30/ordem-dos-medicos-considera-aumento-das-taxas-moderadoras-brutal>

27. Furtado, C., Pereira, J.. 2010. Equidade e Acesso aos cuidados de saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

28. Castano, R. et al, 2002. Equitable financing, out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia. Health policy and planning, Oxford University Press. Available: <http://heapol.oxfordjournals.org/> by guest on January 19, 2012

29. INE, I.P..Rendimentos e Condições de Vida 2010, Destaque, 2011. Available: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destques&DESTAQUESdest\\_boui=107634627&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destques&DESTAQUESdest_boui=107634627&DESTAQUESmodo=2)

30. European Commission: Directorate general for humanitarian aid (DG ECHO). User fees for primary Health care on humanitarian crisis, 2009. Available: [http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/health\\_2009\\_note\\_on\\_user\\_fees.pdf](http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/health_2009_note_on_user_fees.pdf)



Medias Reformistas: Quadro Indicativo de Referência	
Aprofundar a reforma do sistema hospitalar público com aumento da sua eficiência global	Alterar/Controlar a massa salarial dos profissionais do sector público da saúde
Implementar incentivos para subscrição de seguros de saúde “ <i>opting-out</i> ” do SNS	Centralizar de forma coordenada as compras e a prestação de serviços comuns e partilhados
Aprofundar a externalização de funções de suporte à prestação de cuidados de saúde e/ou privatizar atividades não essenciais	Aprofundar o processo de integração de cuidados de saúde, dando forte enfoque aos processos de referenciação
Disciplinar a utilização dos meios de diagnóstico complementar e negociar melhores condições para fornecimento ao SNS	Reduzir a capacidade dos hospitais e aprofundamento da racionalização dos cuidados de saúde primários
Reconfigurar os perfis profissionais dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, permitindo melhor delegação de atos para recursos menos qualificados (e portanto, mais económicos)	Afetar parte da receita de impostos específicos sobre o consumo (álcool, tabaco...) ao financiamento do SNS, acompanhado por um eventual aumento das taxas que lhes estão associadas
Alargar estudos de avaliação económica na adoção de novas “tecnologias” e práticas de saúde	Restrição do atual sistema de dedução fiscal com as despesas de saúde
Preparar e adotar “manuais de boas práticas” na prestação de cuidados de saúde	Rentabilizar as infraestruturas hospitalares (Ex: aluguer de utilização a entidades privadas)
Estabelecer taxas moderadoras nos serviços de urgência em função da gravidade da situação clínica em detrimento do atual valor fixo	Encerrar subsistemas de saúde ainda existentes em favor de um sistema dotado de coerência global e flexibilidade para enquadrar diversidade
Promover a valorização da investigação e desenvolvimento nos cuidados de saúde, destacando o seu potencial na sustentabilidade futura do SNS	Estabelecer taxas de financiamento privado nos cuidados de saúde a partir e em função de patamares de rendimento, articulando de forma sustentável a lógica de bem de mérito da saúde com um equilíbrio mais efetivo, a este nível, entre equidade e eficiência, aproximando um pouco mais os “preços” destes serviços do seu real custo
Facilitar e estimular ensaios clínicos como metodologia privilegiada para a investigação clínica e translação	
Adotar uma nova política do medicamento que prossiga objetivos estratégicos com estabilidade, favorecendo a inovação e as poupanças, com uma adequada gestão do ciclo de vida dos medicamentos	Aumentar o nível de responsabilidade dos consumidores, baixando as comparticipações do Estado em produtos/medicamentos e serviços, com redução dos escalões de comparticipação
Apostar em políticas ativas de prevenção e de promoção da saúde, que criem hábitos saudáveis de vida e atenuem o problema do envelhecimento	Regular as condições de acumulação de serviço dos profissionais de saúde entre o SNS, o sector privado e o sector cooperativo
Balancear a afetação de recursos entre os níveis de prestação (primária, secundária e terciária), tipo de cuidados (gerais, especiais ou continuados), infraestruturas e distribuição geográfica	Sensibilizar os profissionais para o uso racional dos recursos do SNS, bem como para o recurso à análise custo-efetividade no âmbito das suas decisões, quer na prescrição, que na atividade de gestão

Retirado de: Sustentabilidade e competitividade na Saúde em Portugal

**Quadro I:** Medidas reformistas sugeridas pelo ISEG/Health Cluster Portugal 2010<sup>16</sup>

<i>%PIB</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
<b>Despesa pública em saúde</b>	6,1	7,1	7,2	7,3	7,1
• <b>Esquemas de segurança social</b>	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>Despesa privada em saúde</b>	2,5	2,6	2,8	2,9	2,8
• <b>Co-pagamentos</b>	2,0	2,0	2,2	2,3	2,3
<b>Total</b>	9,0	9,7	10,0	10,2	9,9

*Fonte: OECD Health Data 2010/2011*

Mencionado por: Paulo 2010<sup>8</sup>

## **Quadro II:** Despesa em saúde por agente de financiamento

Taxas moderadoras		
Serviços	Custos (€)	
	2012	2011
<b>Atendimento não urgente</b>		
Consulta de Medicina Geral e Familiar	5	2,25
Consulta de enfermagem e outros profissionais nos cuidados de saúde primários	4	0
Consulta de enfermagem e outros profissionais nos hospitais	5	0
Consulta de especialidade	7,5	4,6
Consulta no domicílio	10	4,8
Consulta médica sem a presença do paciente	3	0
<b>Atendimento urgente</b>		
Urgência Polivalente	20	9,6
Urgência médico-cirúrgica	17,5	8,6
Urgência Hospitalar básica	15	8,6
Serviço de atendimento permanente ou prolongado	10	3,8

Retirado de: <http://www.deco.proteste.pt/saude/taxas-moderadoras-deco-reage-aos-aumentos-na-saude-s672671.htm><sup>23</sup>

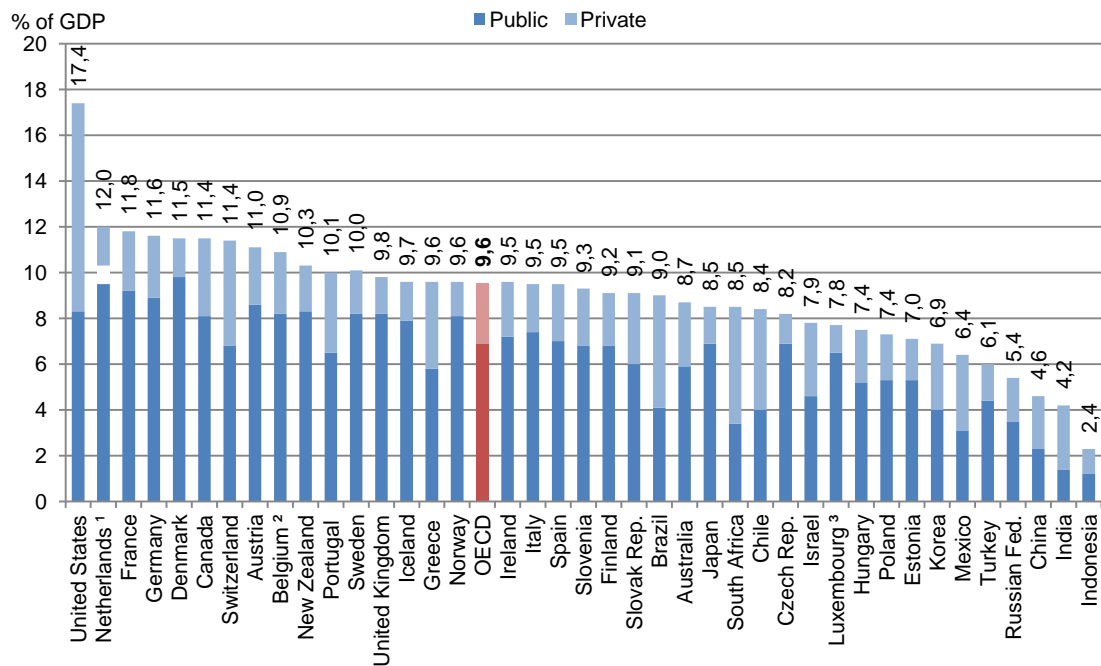
**Quadro III:** Comparação dos valores das taxas moderadoras após atualização em 2012

País		Consultas		Internamento	
<b>Alemanha</b>	Sim	10€ com limite temporal	Sim	10€ com limite (28 dias)	
<b>Bélgica</b>	Sim	25% com limite (rendimento)	Sim	12,81€ por dia	
<b>Dinamarca</b>	Não		Não		
<b>Espanha</b>	Não		Não		
<b>França</b>	Sim	30%	Sim	20%	
<b>Grécia</b>	Não		Não		
<b>Irlanda</b>	Sim	Não aplicável a consultas de especialidade	Sim	60€ por dia com limite (10 dias)	
<b>Itália</b>	Não		Não		
<b>Portugal</b>	Sim	2,05€ - 8,50€ (2006)	Não		
<b>Reino Unido</b>			Não		
<b>Suécia</b>	Sim	11-32€	Sim	8,50€ por dia	

Fonte: Mutual information System on social protection in EU Member States and the EEA, European Union 2006

Retirado de: CSFS 2007<sup>2</sup>

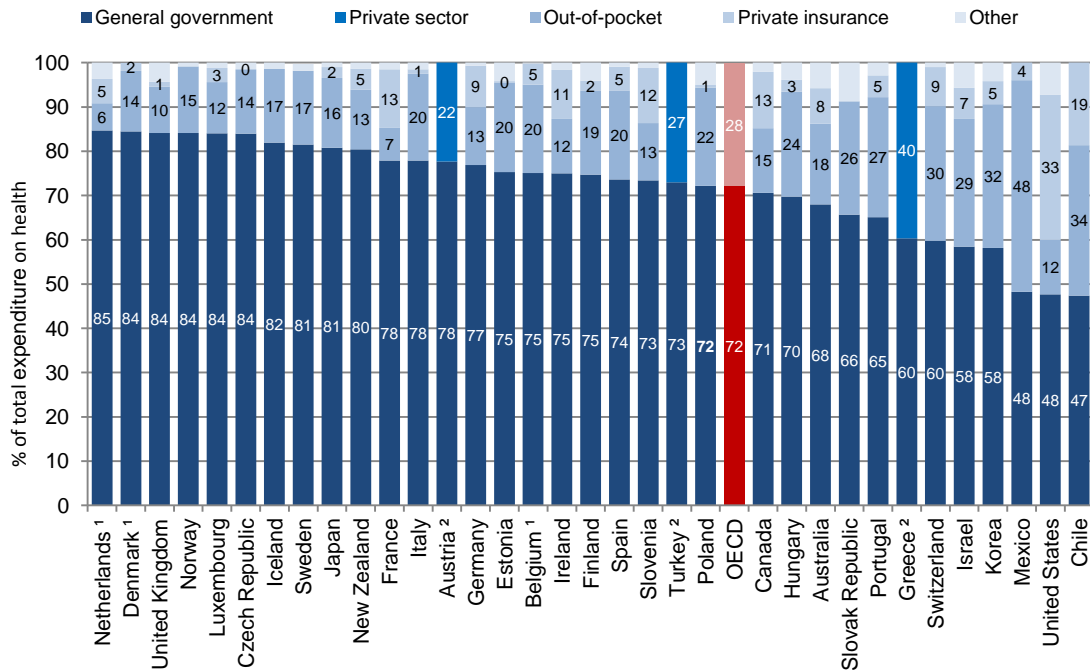
**Quadro IV:** Pagamentos dos utilizadores para consultas e internamentos em países da UE– 2006



Fonte: OECD Health Data 2011.

Retirado de: Health at a Glance 2011: OECD Indicators<sup>21</sup>

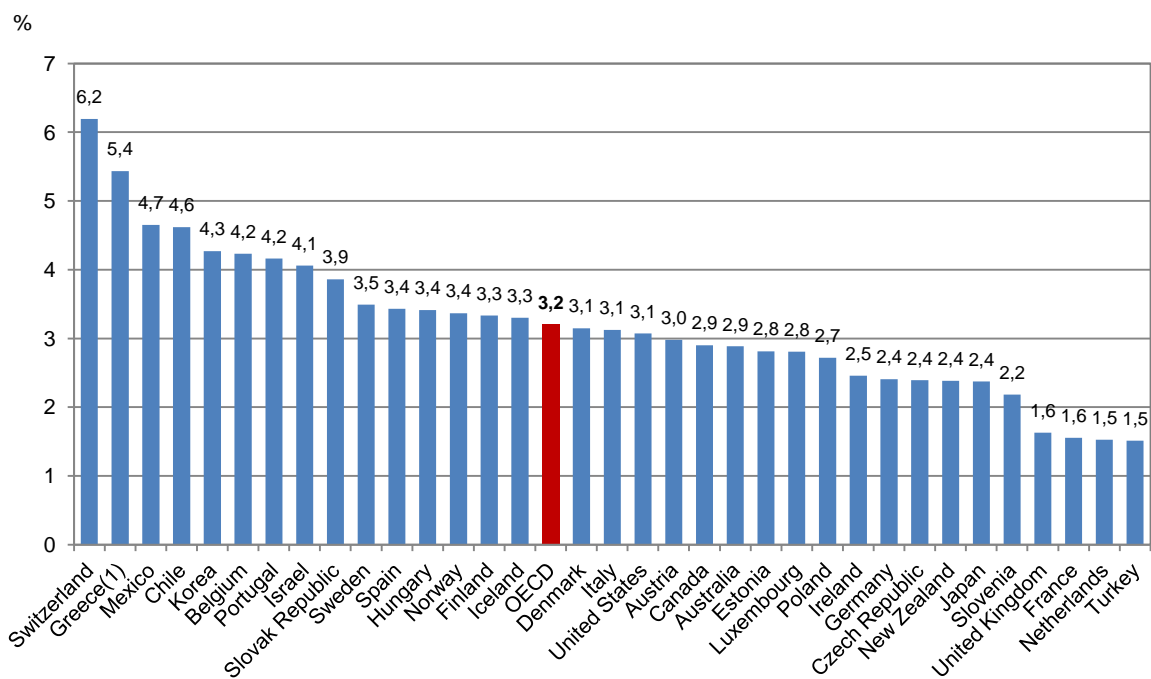
**Figura 1:** Despesa total em saúde como percentagem do PIB



Fonte: OECD Health Data 2011.

Retirado de: Health at a Glance 2011: OECD Indicators<sup>21</sup>

**Figura 2:** Despesa em saúde por modo de financiamento 2009



Fonte: OECD Health Data 2011.  
Retirado de: Health at a Glance 2011<sup>21</sup>

**Figura 3:** Pagamentos *out-of-pocket* como percentagem do orçamento familiar em 2009

# Instruções aos Autores

Estas instruções seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (disponível em URL: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

**Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam investigação original nas diferentes áreas da medicina, favorecendo investigação de qualidade, particularmente a que descreva a realidade nacional.**

Os manuscritos são avaliados inicialmente por membros do corpo editorial e a publicação daqueles que forem considerados adequados fica dependente do parecer técnico de pelo menos dois revisores externos. A revisão é feita anonimamente, podendo os revisores propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação.

Todos os artigos solicitados serão submetidos a avaliação externa e seguirão o mesmo processo editorial dos artigos de investigação original.

Apesar dos editores e dos revisores desenvolverem os esforços necessários para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos publicados, a responsabilidade final do conteúdo das publicações é dos autores.

Todos os artigos publicados passam a ser propriedade dos ARQUIVOS DE MEDICINA. Uma vez aceites, os manuscritos não podem ser publicados numa forma semelhante noutros locais, em nenhuma língua, sem o consentimento dos ARQUIVOS DE MEDICINA.

Apenas serão avaliados manuscritos contendo material original que não estejam ainda publicados, na íntegra ou em parte (incluindo tabelas e figuras), e que não estejam a ser submetidos para publicação noutros locais. Esta restrição não se aplica a notas de imprensa ou a resumos publicados no âmbito de reuniões científicas. Quando existem publicações semelhantes à que é submetida ou quando existirem dúvidas relativamente ao cumprimento dos critérios acima mencionados estas devem ser anexadas ao manuscrito em submissão.

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

De acordo com uma avaliação efectuada sobre o material apresentado à revista os editores dos ARQUIVOS DE MEDICINA prevêm publicar aproximadamente 30% dos manuscritos submetidos, sendo que cerca de 25% serão provavelmente rejeitados pelos editores no primeiro mês após a recepção sem avaliação externa.

## TIPOLOGIA DOS ARTIGOS PUBLICADOS NOS ARQUIVOS DE MEDICINA

### Artigos de investigação original

Resultados de investigação original, qualitativa ou quantitativa.

O texto deve ser limitado a 2000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 4 tabelas e/ou figuras (total) e até 15 referências.

Todos os artigos de investigação original devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

### Publicações breves

Resultados preliminares ou achados novos podem ser objecto de publicações breves.

O texto deve ser limitado a 1000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As publicações breves devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

### Artigos de revisão

Artigos de revisão sobre temas das diferentes áreas da medicina e dirigidos aos profissionais de saúde, particularmente com impacto na sua prática.

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam essencialmente artigos de revisão solicitados pelos editores. Contudo, também serão avaliados artigos de revisão submetidos sem solicitação prévia, preferencialmente revisões quantitativas (Meta-análise).

O texto deve ser limitado a 5000 palavras, excluindo referências e tabelas, e apresentar um máximo de 5 tabelas e/ou figuras (total). As revisões quantitativas devem ser organizadas em introdução, métodos, resultados e discussão.

As revisões devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada, devendo ser estruturados no caso das revisões quantitativas.

### Comentários

Comentários, ensaios, análises críticas ou declarações de posição acerca de tópicos de interesse na área da saúde, designadamente políticas de saúde e educação médica.

O texto deve ser limitado a 900 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

Os comentários não devem apresentar resumos.

### Casos clínicos

Os ARQUIVOS DE MEDICINA transcrevem casos publicamente apresentados trimestralmente pelos médicos do Hospital de S. João numa selecção acordada com o corpo editorial da revista. No entanto é bem vinda a descrição de casos clínicos verdadeiramente exemplares, profundamente estudados e discutidos. O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

Os casos clínicos devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 120 palavras cada.

### Séries de casos

Descrições de séries de casos, tanto numa perspectiva de tratamento estatístico como de reflexão sobre uma experiência particular de diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As séries de casos devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

### Cartas ao editor

Comentários sucintos a artigos publicados nos ARQUIVOS DE MEDICINA ou relatando de forma muito objectiva os resultados de observação clínica ou investigação original que não justifiquem um tratamento mais elaborado.

O texto deve ser limitado a 400 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

As cartas ao editor não devem apresentar resumos.

### Revisões de livros ou software

Revisões críticas de livros, software ou sítios da internet.

O texto deve ser limitado a 600 palavras, sem tabelas nem figuras, com um máximo de 3 referências, incluindo a do objecto da revisão.

As revisões de livros ou software não devem apresentar resumos.

## FORMATAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A formatação dos artigos submetidos para publicação nos ARQUIVOS DE MEDICINA deve seguir os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Todo o manuscrito, incluindo referências, tabelas e legendas de figuras, deve ser redigido a dois espaços, com letra a 11 pontos, e justificado à esquerda.

Aconselha-se a utilização das letras Times, Times New Roman, Courier, Helvetica, Arial, e Symbol para caracteres especiais.

Devem ser numeradas todas as páginas, incluindo a página do título.



Devem ser apresentadas margens com 2,5 cm em todo o manuscrito. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção.

Não devem ser inseridos cabeçalhos nem rodapés.

Deve ser evitada a utilização não técnica de termos estatísticos como aleatório, normal, significativo, correlação e amostra.

Apenas será efectuada a reprodução de citações, tabelas ou ilustrações de fontes sujeitas a direitos de autor com citação completa da fonte e com autorizações do detentor dos direitos de autor.

#### Unidades de medida

Devem ser utilizadas as unidades de medida do Sistema Internacional (SI), mas os editores podem solicitar a apresentação de outras unidades não pertencentes ao SI.

#### Abreviaturas

Devem ser evitados acrónimos e abreviaturas, especialmente no título e nos resumos. Quando for necessária a sua utilização devem ser definidos na primeira vez que são mencionados no texto e também nos resumos e em cada tabela e figura, excepto no caso das unidades de medida.

#### Nomes de medicamentos

Deve ser utilizada a Designação Comum Internacional (DCI) de fármacos em vez de nomes comerciais de medicamentos. Quando forem utilizadas marcas registadas na investigação, pode ser mencionado o nome do medicamento e o nome do laboratório entre parêntesis.

#### Página do título

Na primeira página do manuscrito deve constar:

- 1) o título (conciso e descritivo);
- 2) um título abreviado (com um máximo de 40 caracteres, incluindo espaços);
- 3) os nomes dos autores, incluindo o primeiro nome (não incluir graus académicos ou títulos honoríficos);
- 4) a filiação institucional de cada autor no momento em que o trabalho foi realizado;
- 5) o nome e contactos do autor que deverá receber a correspondência, incluindo endereço, telefone, fax e e-mail;
- 6) os agradecimentos, incluindo fontes de financiamento, bolsas de estudo e colaboradores que não cumpram critérios para autoria;
- 7) contagens de palavras separadamente para cada um dos resumos e para o texto principal (não incluindo referências, tabelas ou figuras).

#### Autoria

Como referido nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", a autoria requer uma contribuição substancial para:

- 1) concepção e desenho do estudo, ou obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados;
- 2) redacção do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual;
- 3) aprovação final da versão submetida para publicação.

A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam autoria.

É necessário especificar na carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho. Esta informação será publicada.

Exemplo: José Silva concebeu o estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. António Silva colaborou na concepção do estudo e efectuou a análise dos dados. Manuel Silva efectuou a recolha de dados e colaborou na sua análise. Todos os autores contribuíram para a interpretação dos resultados e revisão dos rascunhos do manuscrito.

Nos manuscritos assinados por mais de 6 autores (3 autores no caso das cartas ao editor), tem que ser explicitada a razão de uma autoria tão alargada.

É necessária a aprovação de todos os autores, por escrito, de quaisquer modificações da autoria do artigo após a sua submissão.

#### Agradecimentos

Devem ser mencionados na secção de agradecimentos os colaboradores que contribuíram substancialmente para o trabalho mas que não cumpram os critérios para autoria, especificando o seu contributo, bem como as fontes de financiamento, incluindo bolsas de estudo.

#### Resumos

Os resumos de artigos de investigação original, publicações breves, revisões quantitativas e séries de casos devem ser estruturados (introdução, métodos, resultados e conclusões) e apresentar conteúdo semelhante ao do manuscrito.

Os resumos de manuscritos não estruturados (revisões não quantitativas e casos clínicos) também não devem ser estruturados.

Nos resumos não devem ser utilizadas referências e as abreviaturas devem ser limitadas ao mínimo.

#### Palavras-chave

Devem ser indicadas até seis palavras-chave, em português e em inglês, nas páginas dos resumos, preferencialmente em concordância com o Medical Subject Headings (MeSH) utilizado no Index Medicus. Nos manuscritos que não apresentam resumos as palavras-chave devem ser apresentadas no final do manuscrito.

#### Introdução

Deve mencionar os objectivos do trabalho e a justificação para a sua realização.

Nesta secção apenas devem ser efectuadas as referências indispensáveis para justificar os objectivos do estudo.

#### Métodos

Nesta secção devem descrever-se:

- 1) a amostra em estudo;
- 2) a localização do estudo no tempo e no espaço;
- 3) os métodos de recolha de dados;
- 4) análise dos dados.

As considerações éticas devem ser efectuadas no final desta secção.

#### Análise dos dados

Os métodos estatísticos devem ser descritos com o detalhe suficiente para que possa ser possível reproduzir os resultados apresentados.

Sempre que possível deve ser quantificada a imprecisão das estimativas apresentadas, designadamente através da apresentação de intervalos de confiança. Deve evitar-se uma utilização excessiva de testes de hipóteses, com o uso de valores de p, que não fornecem informação quantitativa importante.

Deve ser mencionado o software utilizado na análise dos dados.

#### Considerações éticas e consentimento informado

Os autores devem assegurar que todas as investigações envolvendo seres humanos foram aprovadas por comissões de ética das instituições em que a investigação tenha sido desenvolvida, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial ([www.wma.net](http://www.wma.net)).

Na secção de métodos do manuscrito deve ser mencionada esta aprovação e a obtenção de consentimento informado, quando aplicável.

#### Resultados

Os resultados devem ser apresentados, no texto, tabelas e figuras, seguindo uma sequência lógica.

Não deve ser fornecida informação em duplicado no texto e nas tabelas ou figuras, bastando descrever as principais observações referidas nas tabelas ou figuras.

Independentemente da limitação do número de figuras propostos para cada tipo de artigo, só devem ser apresentados gráficos quando da sua utilização resultarem claros benefícios para a compreensão dos resultados.

#### Apresentação de dados numéricos

A precisão numérica utilizada na apresentação dos resultados não deve ser superior à permitida pelos instrumentos de avaliação.

Para variáveis quantitativas as medidas apresentadas não deverão ter mais do que uma casa decimal do que os dados brutos.

As proporções devem ser apresentadas com apenas uma casa decimal e no caso de amostras pequenas não devem ser apresentadas casas decimais.

Os valores de estatísticas teste, como t ou  $\chi^2$ , e os coeficientes de correlação devem ser apresentados com um máximo de duas casas decimais.

Os valores de p devem ser apresentados com um ou dois algarismos significativos e nunca na forma de p=NS, p<0,05 ou p>0,05, na medida em que a informação contida no valor de P pode ser importante. Nos casos em

que o valor de  $p$  é muito pequeno (inferior a 0,0001), pode apresentar-se como  $p < 0,0001$ .

### Tabelas e figuras

As tabelas devem surgir após as referências. As figuras devem surgir após as tabelas.

Devem ser mencionadas no texto todas as tabelas e figuras, numeradas (numeração árabe separadamente para tabelas e figuras) de acordo com a ordem em que são discutidas no texto.

Cada tabela ou figura deve ser acompanhada de um título e notas explicativas (ex. definições de abreviaturas) de modo a serem compreendidas e interpretadas sem recurso ao texto do manuscrito.

Para as notas explicativas das tabelas ou figuras devem ser utilizados os seguintes símbolos, nesta mesma sequência:

\*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡.

Cada tabela ou figura deve ser apresentada em páginas separadas, juntamente com o título e as notas explicativas.

Nas tabelas devem ser utilizadas apenas linhas horizontais.

As figuras, incluindo gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais devem ser criadas em computador ou produzidas profissionalmente.

As figuras devem incluir legendas.

Os símbolos, setas ou letras devem contrastar com o fundo de fotografias ou ilustrações.

A dimensão das figuras é habitualmente reduzida à largura de uma coluna, pelo que as figuras e o texto que as acompanha devem ser facilmente legíveis após redução.

Na primeira submissão do manuscrito não devem ser enviados originais de fotografias, ilustrações ou outros materiais como películas de raios-X. As figuras, criadas em computador ou convertidas em formato electrónico após digitalização devem ser inseridas no ficheiro do manuscrito.

Uma vez que a impressão final será a preto e branco ou em tons de cinzento, os gráficos não deverão ter cores. Gráficos a três dimensões apenas serão aceites em situações excepcionais.

A resolução de imagens a preto e branco deve ser de pelo menos 1200 dpi e a de imagens com tons de cinzento ou a cores deve ser de pelo menos 300 dpi.

As legendas, símbolos, setas ou letras devem ser inseridas no ficheiro da imagem das fotografias ou ilustrações.

Os custos da publicação das figuras a cores serão suportados pelos autores.

Em caso de aceitação do manuscrito, serão solicitadas as figuras nos formatos mais adequados para a produção da revista.

### Discussão

Na discussão não deve ser repetida detalhadamente a informação fornecida na secção dos resultados, mas devem ser discutidas as limitações do estudo, a relação dos resultados obtidos com o observado noutras investigações e devem ser evidenciados os aspectos inovadores do estudo e as conclusões que deles resultam.

É importante que as conclusões estejam de acordo com os objectivos do estudo, mas devem ser evitadas afirmações e conclusões que não sejam completamente apoiadas pelos resultados da investigação em causa.

### Referências

As referências devem ser listadas após o texto principal, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem da sua citação. Os números das referências devem ser apresentados entre parentesis. Não deve ser utilizado software para numeração automática das referências.

Pode ser encontrada nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências, de que se acrescentam alguns exemplos:

#### 1. Artigo

• Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increase risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

#### 2. Artigo com Organização como Autor

• The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 64:282-4.

#### 3. Artigo publicado em Volume com Suplemento

• Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1:275-82.

#### 4. Artigo publicado em Número com Suplemento

payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

#### 5. Livro

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers;1996.

#### 6. Livro (Editor(s) como Autor(es))

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone;1996.

#### 7. Livro (Organização como Autor e Editor)

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute;1992.

#### 8. Capítulo de Livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press;1995. p. 465-78.

#### 9. Artigo em Formato Electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Devem ser utilizados os nomes abreviados das publicações, de acordo com o adoptado pelo Index Medicus. Uma lista de publicações pode ser obtida em <http://www.nlm.nih.gov>.

Deve ser evitada a citação de resumos e comunicações pessoais.

Os autores devem verificar se todas as referências estão de acordo com os documentos originais.

### Anexos

Material muito extenso para a publicação com o manuscrito, designadamente tabelas muito extensas ou instrumentos de recolha de dados, poderá ser solicitado aos autores para que seja fornecido a pedido dos interessados.

### Conflitos de interesse

Os autores de qualquer manuscrito submetido devem revelar no momento da submissão a existência de conflitos de interesse ou declarar a sua inexistência.

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos avaliadores externos e não influenciará a decisão editorial mas será publicada se o artigo for aceite.

### Autorizações

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores devem ter em sua posse os seguintes documentos que poderão ser solicitados pelo corpo editorial:

- consentimento informado de cada participante;
- consentimento informado de cada indivíduo presente em fotografias, mesmo quando forem efectuadas tentativas de ocultar a respectiva identidade;
- transferência de direitos de autor de imagens ou ilustrações;
- autorizações para utilização de material previamente publicado;
- autorizações dos colaboradores mencionados na secção de agradecimentos.

### SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos aos ARQUIVOS DE MEDICINA devem ser preparados de acordo com as recomendações acima indicadas e devem ser acompanhados de uma carta de apresentação.

**Carta de apresentação**

Deve incluir a seguinte informação:

- 1) Título completo do manuscrito;
- 2) Nomes dos autores com especificação do contributo de cada um para o manuscrito;
- 3) Justificação de um número elevado de autores, quando aplicável;
- 4) Tipo de artigo, de acordo com a classificação dos ARQUIVOS DE MEDICINA;
- 5) Fontes de financiamento, incluindo bolsas;
- 6) Revelação de conflitos de interesse ou declaração da sua ausência;
- 7) Declaração de que o manuscrito não foi ainda publicado, na íntegra ou em parte, e que nenhuma versão do manuscrito está a ser avaliada por outra revista;
- 8) Declaração de que todos os autores aprovaram a versão do manuscrito que está a ser submetida;
- 9) Assinatura de todos os autores.

É dada preferência à submissão dos manuscritos por e-mail (submit@arquivosdemedicina.org).

O manuscrito e a carta de apresentação devem, neste caso, ser enviados em ficheiros separados em formato word. Deve ser enviada por fax (225074374) uma cópia da carta de apresentação assinada por todos os autores.

Se não for possível efectuar a submissão por e-mail esta pode ser efectuada por correio para o seguinte endereço:

ARQUIVOS DE MEDICINA  
Faculdade de Medicina do Porto  
Alameda Prof. Hernâni Monteiro  
4200 – 319 Porto, Portugal

Os manuscritos devem, então, ser submetidos em triplicado (1 original impresso apenas numa das páginas e 2 cópias com impressão frente e verso), acompanhados da carta de apresentação.

Os manuscritos rejeitados ou o material que os acompanha não serão devolvidos, excepto quando expressamente solicitado no momento da submissão.

**CORRECÇÃO DOS MANUSCRITOS**

A aceitação dos manuscritos relativamente aos quais forem solicitadas alterações fica condicionada à sua realização.

A versão corrigida do manuscrito deve ser enviada com as alterações sublinhadas para facilitar a sua verificação e deve ser acompanhada duma carta respondendo a cada um dos comentários efectuados.

Os manuscritos só poderão ser considerados aceites após confirmação das alterações solicitadas.

**MANUSCRITOS ACEITES**

Uma vez comunicada a aceitação dos manuscritos, deve ser enviada a sua versão final em ficheiro de Word®, formatada de acordo com as instruções acima indicadas.

No momento da aceitação os autores serão informados acerca do formato em que devem ser enviadas as figuras.

A revisão das provas deve ser efectuada e aprovada por todos os autores dentro de três dias úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas.

Deve ser enviada uma declaração de transferência de direitos de autor para os ARQUIVOS DE MEDICINA, assinada por todos os autores, juntamente com as provas corrigidas.